REPUBLICA MOLDOVA

(19) Agenția de Stat pentru Protecția Proprietății Industriale

(11) 1192 **(13) F1**

(51) Int. Cl.^{6}: A 61 B 17/00

(12) BREVET DE INVENȚIE

(21) Nr. depozit: 98-0026

(22) Data depozit: 03.02.98

(31) Nr.:

(32) Data:

(33) Țara:

(30)* Nr.

(10)* Brevet nr.

(42) Data publicării hotărârii de acordare a brevetului:

(71) Solicitant: Institutul Oncologic din Republica Moldova, MD

(72) Inventatori: Pihut Petru, MD; Babco Victor, MD; Cucieru Anatol, MD; Cudina Elena, MD

(73) Titular: Institutul Oncologic din Republica Moldova, MD

(54)

(57) Rezumat:

1

Invenția se referă la medicină, şi anume la oncologie.

Esența metodei constă în aceea că prima incizie se execută din marginea medială a areolei pe marginea ei superioară cu trecere pe cea laterală şi continuă în semioval până la linia medioaxilară cu 5…6 cm mai jos de apexul fosei axilare, a doua incizie se execută de la începutul primei incizii inconjurand tumoarea in semioval in limitele țesuturilor sănătoase şi terminandu-se la extremitatea primei incizii, apoi se formează două lambouri

2

cutanate, se înlătură porțiunea țesutului mamar cu tumoare intr-un bloc unic cu ganglionii limfatici subclaviculari, subscapulari, axilari şi țesutul celular, după ce plaga se suturează şi se supune drenării active.

Rezultatul tehnic este păstrarea complexului mamelono-areolar şi cadranelor inferioare ale glandei mamare.

Revendicări: 1

Figuri: 2

MD C2

Descriere: Metodă de mastectomie radicală subtotală în cancerul cadranelor superioare ale glandei mamare

Invenția se referă la domeniul medicinei, în special la oncologia operatorie şi poate fi utilizată în tratamentul chirurgical al glandei mamare.

Este cunoscută metoda de mastectomie radicală subtotală în cadrul cancerului glandei mamare, în care se efectuează două incizii transversale. Prima incizie se execută de la linia sternală la nivelul mamelonului semioval în jos până la marginea interioară a areolei, inconjurand-o pe marginea superioară până la marginea exterioară şi continuă în semioval în jos până la linia medioaxilară cu 5-6 cm mai jos de apexul fosei axilare. A doua incizie porneşte de la începutul primei incizii înconjurând glanda mamară în partea de sus şi terminându-se la extremitatea primei incizii. Se formează două lambouri cutanate, în timpul formării lamboului inferior se înlătură partea centrală a glandei mamare cu ducturile, se înlătură o parte a glandei mamare cu tumoarea intr-un monobloc cu ganglionii limfatici subclaviculari, subscapulari, axilari şi țesutul celular şi se păstrează plica submamară, complexul mamilono-areolar. După aceasta se efectuează restabilirea glandei mamare cu utilizarea lamboului cutanat-muscular din muşchiul mare dorsal sau muşchiul drept al abdomenului, suturarea completă a plăgii cu drenaj activ [1].

Însă metoda cunoscută are o serie de dezavantaje: necesitatea restabilirii glandei mamare cu utilizarea autoțesuturilor sănătoase ale pacientei, pericolul considerabil de traumare în timpul operației, durata îndelungată a anesteziei generale şi a intervenției chirurgicale.

Problema pe care o rezolvă prezenta invenție este păstrarea glandei mamare.

Metoda, în conformitate cu invenția, exclude dezavantajele enumerate prin aceea că că prima incizie se execută din marginea medială a areolei pe marginea ei superioară cu trecere pe cea laterală şi continuă în semioval până la linia medioaxilară cu 5…6 cm mai jos de apexul fosei axilare, a doua incizie se execută de la inceputul primei incizii inconjurand tumoarea in semioval in limitele țesuturilor sănătoase şi terminându-se la extremitatea primei incizii, apoi se formează două lambouri cutanate, se înlătură porțiunea țesutului mamar cu tumoare într-un bloc unic cu ganglionii limfatici subclaviculari, subscapulari, axilari şi țesutul celular, după ce plaga se suturează şi se supune drenării active.

Prima incizie permite excizia maximă de la areolă a ducturilor de calibru mare, cu alte cuvinte, înlăturarea porțiunii centrale a glandei mamare la formarea lamboului inferior, de asemenea a

ţesutului cadranelor inferio-medial şi inferio-lateral, cu păstrarea plicii submamare şi a ţesutului glandular localizat mai jos de areolă. Efectuarea inciziei a doua permite înlăturarea maximă a cadranelor superioare ale glandei mamare şi asigură un acces suficient pentru înlăturarea colectoarelor subclaviculare, subscapulare şi axilare. La suturarea plăgii, defectul format este recuperat prin suspendarea şi rotirea spre inferior a complexului mamelono-areolar şi a ţesutului glandular rămas, care reprezintă platoul de alimentare a lui, iar total în complex permite păstrarea şi reformarea glandei mamare cu un efect cosmetic suficient şi exclude necesitatea aplicării ulterioare a operaţiilor de reconstrucţie.

Rezultatul tehnic este păstrarea complexului mamelono-areolar şi cadranelor inferioare ale glandei mamare.

Invenţia este completată prin schemele prezentate în figurile 1 şi 2 : în fig. 1 - inciziile cutanate, in fig. 2 - sutura postoperatorie.

Metoda se efectuează în modul următor: prima incizie (1) începe din marginea medială a areolei (2), ocolind-o prin partea superioară, ieşind la marginea ei laterală (3), continuă printr-un semioval până la linia axilară medie (4), cu 5-6 cm mai jos de apexul fosei axilare, incizia a doua (5) incepe, de asemenea, de la marginea medială a areolei (2) ocolind tumoarea (6) prin partea superioară în limita ţesuturilor sănătoase şi se termină în acelaşi punct cu prima incizie. Prin incizia a doua (5) se efectuează mobilizarea lamboului la fel ca în mastectomia radicală: medial - până la stern, superior - până la claviculă, lateral - cu 2-3 cm sub marginea muşchiului mare dorsal. Prin prima incizie se eliberează complet areola (7), adică se înlătură toate ducturile de calibru mare, se înlătură factorul EIC (Extensive intraductal component) - componentul vast intraductal, care serveşte cauza recidivării în 30% cazuri, şi parţial se înlătură ţesutul cadranelor inferio-medial şi inferio-lateral ale glandei mamare. Ulterior este înlăturată o parte a glandei mamare cu tumoarea intr-un bloc unic cu ganglionii limfatici subclaviculari, subscapulari, axilari şi ţesutul celular. În final, se suturează plaga, suspendând şi rotind complexul mamelono-areolar prin aplicarea suturilor profunde (8) la piele şi se supune drenării active.

Metoda propusă de mastectomie radicală subtotală în cadrul cancerului glandei mamare, deşi se păstrează doar o parte neînsemnată a glandei mamare, asigură un efect cosmetic suficient, acesta constituind avantajul ei principal.

Metoda dată preferenţial poate fi aplicată după o serie de radioterapie cu fracţiuni obişnuite, după o serie de polichimioterapie. Este posibilă efectuarea operaţiei în cazul cancerului mamar local-avansat de stadiul IIb-IIIb.

Exemplul 1. Bolnava M., 34 ani. Diagnosticul clinic - cancerul glandei mamare din dreapta $T_3N_1M_0$, stadiul IIIb, cu localizarea tumorii la limita cadranelor superioare.

După o serie preoperatorie de radioterapie, s-a efectuat mastectomia radicală subtotală pe dreapta conform metodei propuse. Au fost efectuate două incizii cutanate pe glanda mamară. Prima incizie începe de pe marginea medială a areolei la 3 ore, ocolind-o prin partea superioară, apoi ieşind la marginea ei laterală la 9 ore, continuă printr-un semioval până la linia axilară medie cu 5-6 cm mai jos de apexul fosei axilare. Incizia a doua incepe de asemenea de la marginea medială a areolei, ocolind tumoarea prin partea superioară în limitele țesuturilor sănătoase şi se termină în acelaşi punct cu prima incizie, formează două lambouri cutanate: superior şi inferior, se înlătură o porțiune a glandei mamare într-un bloc unic cu ganglionii limfatici subclaviculari, subscapulari, axilari şi țesutul celular. În final, plaga se suturează şi se supune drenării active.

Perioada postoperatorie a evoluat fără complicații. Plaga s-a cicatrizat per primam.

Examenul de control s-a făcut peste 36 luni. Acuze nu prezintă. Cicatricea postoperatorie este netedă, elastică. Glanda mamară dreaptă fără indurații locale. Date privind evoluția metastazelor şi recidivei lipsesc. Efectul cosmetic este satisfăcător, acuze privind forma glandei mamare nu prezintă.

Exemplul 2. Bolnava H., 42 ani. Diagnosticul clinic - cancerul glandei mamare din partea stângă, $T_2N_2M_0$, stadiul IIIb. Localizarea tumorii - limitele pătratelor superioare din partea stângă.

După seria de radioterapie preoperatorie şi 2 serii de polichimioterapie, s-a efectuat mastectomie radicală subtotală din stânga conform metodei propuse. Au fost efectuate două incizii cutanate pe glanda mamară. Prima incizie începe de pe marginea medială a areolei la 9 ore, ocolind-o prin partea superioară, apoi ieşind la marginea ei laterală la 3 ore, continuă printr-un semioval până la linia axilară medie cu 5-6 cm mai jos de apexul fosei axilare. Incizia a doua începe de asemenea de la marginea medială a areolei, ocolind tumoarea prin partea superioară în limitele țesuturilor sănătoase şi se termină în acelaşi punct cu prima incizie, formează două lambouri cutanate: superior şi inferior, se înlătură o porțiune a glandei într-un bloc unic cu ganglionii limfatici subclaviculari, subscapulari, axilari şi țesutul celular. În final, plaga se suturează şi se supune drenării active.

Perioada postoperatorie a evoluat fără complicații. Plaga s-a cicatrizat per primam.

Examenul de control s-a făcut peste 29 luni. Acuze nu prezintă. Cicatricea postoperatorie este netedă, elastică. Glanda mamară

dreaptă fără indurații locale. Date privind evoluția metastazelor şi recidivei lipsesc. Efectul cosmetic este satisfăcător, acuze privind forma glandei mamare nu prezintă.

Exemplul 3. Bolnava C., 40 ani. Diagnosticul clinic - cancerul glandei mamare din partea stângă $T_2N_1M_0$, stadiul IIb.

După seria de radioterapie preoperatorie, bolnava a fost supusă intervenției chirurgicale în partea stângă prin metoda prezentei invenții.

Perioada postoperatorie a evoluat fără complicații.

Examenul de control s-a făcut peste 26 luni. Date privind evoluția metastazelor şi recidivelor lipsesc. Efectul cosmetic este satisfăcător, acuze privind forma glandei mamare nu prezintă. Acuze nu prezintă.

Prin metoda prezentei invenții au fost operate 35 bolnave cu cancerul glandei mamare. Ele au fost supravegheate de la 1 până la 3 ani. Recidive locale nu s-au depistat.

Referințe bibliografice:

1. Демидов В.П. и др. Первичная реконструкция при операциях по поводу местно-распространенного рака молочной железы. Маммология, 1994. №4, стр. 40-46.

(57) Revendicare (ări): Metodă de mastectomie radicală subtotală în cancerul cadranelor superioare ale glandei mamare, care include executarea a două incizii transversale, formarea a două lambouri cutanate, înlăturarea parțială a țesutului mamar cu tumoare într-un bloc unic cu ganglionii limfatici subclaviculari, subscapulari, axilari şi țesutul celular, suturarea plăgii şi drenarea activă a ei, caracterizată prin aceea că prima incizie se execută din marginea medială a areolei pe marginea ei superioară cu trecere pe cea laterală şi continuare în semioval până la linia medioaxilară cu 5...6 cm mai jos de apexul fosei axilare, a doua incizie se execută de la începutul primei incizii înconjurând tumoarea în semioval în limitele țesuturilor sănătoase şi terminându-se la extremitatea primei incizii.

(56) Referințe bibliografice:

Şef secție: CRECETOV Veaceslav

Examinator:

Redactor: